

Додаток 1
до Порядку призначення медичних виробів
та допоміжних засобів реабілітації
(пункт 3 розділу 1)

Запит
на медичний виріб/ допоміжний засіб реабілітації

Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)
фізичної особи-підприємця (далі - ФОП) _____

Місцезнаходження закладу охорони здоров'я або ФОП _____

Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер облікової картки платника податків _____

Дата прийняття та реєстраційний номер рішення про видачу ліцензії на провадження
господарської діяльності з медичної практики _____

Запит № _____

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) та вік пацієнта _____

За повну вартість	
Безоплатно	Джерело фінансування _____
З доплатою	Джерело фінансування _____

Найменування виробу	Код *	Кількість	Характеристики

Прізвище, власне ім'я, по батькові
(за наявності) медичного працівника

Підпис та печатка **
(за наявності)

«___» _____ 20__ р.
Дата

*Призначення для медичних виробів здійснюється з використанням Національного класифікатора НК 024:2023 «Класифікатор медичних виробів», затвердженого наказом Міністерства економіки України від 24 травня 2023 року № 4139. Призначення допоміжних засобів реабілітації здійснюється з використанням Довідника допоміжних засобів реабілітації, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 вересня 2025 року № 511.

** Паперовий запит, що виписується лікарем, засвідчується підписом та особистою печаткою лікаря (за наявності).